

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 629

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1898, à 1 heure

Par LUBIN-ÉMILE DELORME

Né à Cormeilles-en-Parisis (Seine-et-Oise, le 22 Juillet 1873.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

MORPHINOMANIE

Président : M. DEBOVE, professeur.

CHANTEMESSE, professeur.

Juges : MM.

BALLET,

CHARRIN,

} agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

BORDIER ET MICHALON

23, PLACE DE L'ÉCOLE - DE - MÉDECINE, 23

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

629

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1898, à 1 heure

Par LUBIN-ÉMILE DELORME

Né à Cormeilles-en-Parisis (Seine-et-Oise, le 22 Juillet 1873.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

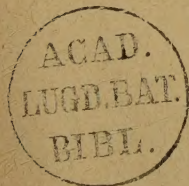
DE LA

MORPHINOMANIE

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { CHANTEMESSE, professeur.
BALLET,
CHARRIN, } agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

BORDIER ET MICHALON

23, PLACE DE L'ÉCOLE - DE - MÉDECINE, 23

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILIAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
AGNARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	LEJARS.	SEBILEAU.
BAR.	LETULLE.	THIERRY.
BONNAIRE.	MARFAN.	THOINOT.
BROCA.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	ques.	
	RETEREE.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES BIEN AIMÉS PARENTS

Témoignage d'amour filial et de reconnaissance.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON MAÎTRE :
MONSIEUR LE DOCTEUR TROISIER

Médecin de l'hôpital Beaujon
Agrége de la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR PUPIN

Secrétaire de la Faculté de Médecine de Paris
Officier de l'Instruction publique

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA MORPHINOMANIE

INTRODUCTION

Au mois d'avril dernier, nous eûmes l'occasion, à l'hôpital Beaujon, d'observer une morphinomane qui présentait, outre les symptômes ordinaires de l'intoxication morphinique, une pigmentation bleue de la peau, que nous n'avions jamais remarquée chez les malades de cette catégorie.

Nous recherchâmes si ce fait avait été noté déjà dans les divers travaux parus sur la matière, et nous apprîmes qu'il avait été signalé, pour la première fois, en 1897, par M. le docteur Moutard-Martin, à la Société médicale des Hôpitaux.

En présence de sa rareté, nous pensâmes, conseillé par M. le docteur Troisier, qu'il ne serait peut-être pas inutile de présenter quelques considérations sur l'étude clinique de la morphinomanie, en insistant sur certaines particularités de la peau.

Avant d'aborder ce modeste travail qui marque le terme de nos études médicales, nous tenons à remercier ici tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, pour les excellents préceptes que nous avons puisés à leur enseignement.

Qu'il nous soit permis de remercier publiquement M. le docteur Troisier, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Beaujon, d'avoir bien voulu nous engager à choisir ce sujet de thèse inaugurale et de nous avoir permis de publier une observation recueillie par nous dans son service hospitalier. Nous le prions de vouloir bien agréer nos sentiments de profonde reconnaissance pour les précieux conseils qu'il n'a cessé de nous donner pendant les quatre années où nous avons eu l'honneur d'être son élève.

Merci à M. le docteur Pupin, secrétaire de la Faculté de Médecine, qui a été pour nous, pendant toute la durée de nos études, un guide éclairé.

Nous prions également M. le professeur Potain, médecin de l'hôpital de la Charité, et M. le professeur Fournier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, de daigner recevoir l'hommage de notre reconnaissance pour les savantes leçons que nous avons reçues d'eux, tant au lit du malade que dans leurs conférences. Merci aussi

à M. le professeur Pinard, dans le service duquel nous avons étudié l'art obstétrical.

M. le professeur Debove, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait un honneur dont nous sentons tout le prix. Nous lui offrons l'expression de notre gratitude et l'assurance de notre profond respect.

DES CAUSES DE LA MORPHINOMANIE

« On entre dans la morphinomanie par la porte de la douleur, par la porte de la volupté, par la porte des chagrins, des soucis et de la fatigue (1) ».

Ainsi s'exprimait avec tant de raison le professeur Ball.

Or, aujourd'hui, les progrès incessants de la civilisation ont centuplé la douleur, la volupté, et, par suite, les chagrins, les soucis et les fatigues, en un mot, toutes les portes qui mènent à la morphinomanie. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir cette dernière progresser avec autant de rapidité.

On a toujours comparé, et à juste titre, le vice qui nous occupe à l'alcoolisme.

Petit à petit, celui-ci a fait des prosélytes; l'ouvrier parisien fatigué, surmené, avant de rentrer chez lui, ou même le matin, avant d'aller à l'atelier, s'arrête chez le marchand de vins; c'est là qu'il trouve un peu

(1) BALL. — *De la Morphinomanie*, p. 12.

de force factice et d'oubli en y dépensant malheureusement trop souvent la moitié de son salaire.

Mais, de même qu'il y a des marchands d'alcools, « il existe à Paris, des instituts morphiniques, où, « moyennant une certaine somme d'argent par piqûre, « on est assuré de ne pas manquer du stimulant indis- « pensable. Une morphinomane nous a affirmé que, « dans une de ces maisons, pour vingt centimes, on « injectait une pleine seringue. Reste à savoir la dose « de morphine que contenait le centimètre cube. Ces « maisons ont d'ailleurs, paraît-il, des livres fort bien « tenus où on inscrit chaque jour le nombre des pi- « qûres faites à chaque personne, la clientèle journa- « lière étant toujours à peu près la même. On évite « ainsi les accidents et, par suite, les fâcheuses en- « quêtes.

« M. Guimbail rapporte de pareils faits, tout au « long dans son livre sur les morphinomanes (1) ».

Actuellement, les amers, le bitter, le vermouth, l'absinthe, ont pénétré partout, dans les grands centres ouvriers et industriels, comme dans les hautes classes de la société, dans les grandes villes comme dans les bourgades. L'alcoolisme s'étale et fait tache d'huile.

La morphinomanie, elle, est encore discrète; elle a besoin d'un petit attirail indispensable. La morphine se cache chez le droguiste et le pharmacien. Une des causes de son extension semble résulter des inconvénients d'une profession médicale trop encombrée. Cer-

(1) HODÉE. — Thèse de Paris, 1895, p. 72.

tains médecins, en effet, mettent un peu trop d'empressement à satisfaire les désirs de névropathes, qui, pour calmer leurs douleurs, réclament journellement une piqûre de morphine. Si un refus leur était opposé, ces malades n'hésiteraient pas à appeler un confrère, qui, n'ayant pas les mêmes scrupules, les contenterait immédiatement, et, grâce à cette complaisance, s'en ferait de nouveaux clients. C'est là, il est vrai, un petit côté du problème social.

La principale cause du mal paraît résider, nous le répétons, dans l'état actuel de notre vie civilisée.

A notre époque, les goûts sont devenus plus raffinés, le cerveau du civilisé a besoin d'excitations plus fortes; sa sensibilité aux joies naïves et conformes à la nature est épuisée, il lui faut le piment d'une jouissance nouvelle. Alors, intervient le rôle de l'alcool, de la morphine, de l'éther et de la cocaïne.

Le vin sait revêtir le plus sordide bouge
D'un luxe miraculeux,
Et fait surgir plus d'un portique fabuleux
Dans l'or de sa vapeur rouge,
Comme un soleil couchant dans un ciel nébuleux.

L'opium agrandit ce qui n'a pas de bornes,
Allonge l'illimité,
Approfondit le temps, creuse la volupté,
Et de plaisirs noirs et mornes,
Remplit l'âme au delà de sa capacité.

(BAUDELAIRE.)

(*Fleurs du mal*, p. 158. « Le poison. »)

De même qu'en musique les vieilles chansons populaires restent le type de l'inspiration naïve, et la musique wagnérienne le summum de l'art musical, de même, en matière d'intoxication, le vin naturel a cédé la place à l'absinthe et à l'opium.

A cause de cet état de choses même, inhérent à l'état de notre civilisation, notre héritage est de plus en plus chargé. Beard avait décrit la neurasthénie comme étant l'apanage de la race américaine et résultant de la lutte effrénée pour l'existence, lutte qui a créé New-York et les États-Unis.

Mais, hélas, le vieux continent ne le cède en rien au nouveau, du moins à ce point de vue.

Charcot, qui a tracé de main de maître la description de l'épuisement nerveux, a montré que la neurasthénie est extrêmement fréquente dans les classes riches comme dans les classes pauvres. Cette névrose peut naître de toutes pièces dans un organisme sain, dépourvu de tares héréditaires. Pour cela, il suffit d'un énorme surmenage, d'un chagrin, etc. Elle crée une hérédité de fatigue et d'épuisement.

C'est parmi ces neurasthéniques, ces gens toujours las, incapables d'un effort soutenu, que la morphine pourra recruter le plus grand nombre d'adeptes.

L'hystérie est, elle aussi, une des affections qui mènent fréquemment à la morphinomanie. Mais, tantôt, c'est l'hystérie qui crée la morphinomanie; tantôt, au contraire, c'est la morphinomanie qui semble donner naissance à l'hystérie.

Que doit-on penser de cette seconde proposition?

Le saturnisme, le tabagisme, l'oxyde de carbone, le sulfure de carbone, toutes les intoxications, en un mot, peuvent agir dans le même sens que la morphine.

Mais la morphinomanie crée-t-elle véritablement l'hystérie? Ne la réveillerait-elle plutôt pas?

« On a maintes fois accusé la morphine de déve-
« lopper l'hystérie là où elle ne faisait que révéler son
« existence jusque-là tenue mystérieuse, comme le
« bain spécial décèle l'image sur la plaque photogra-
« phique (1) ».

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on trouve souvent chez les morphinomanes les stigmates de l'hystérie : rétrécissement du champ visuel, héli-anesthésie sensitivo-sensorielle, abolition du réflexe pharyngien, etc... Si on interroge certains de ces morphinomanes, on trouve dans leurs antécédents les traces d'une hystérie bien antérieure à l'époque où ils ont contracté leur funeste habitude.

Les exemples, d'ailleurs sont nombreux. Citons, à ce propos l'observation de M. Lancereaux (2). Il s'agit d'une femme de 27 ans. « Après avoir été mariée tort
« jeune, à l'âge de 16 ans, elle fut presque aussitôt
« abandonnée de son mari, et réduite à ses propres
« ressources ; d'abord, femme de chambre, elle devint,
« quelque temps après, fille de brasserie, et c'est alors
« pour la première fois, à l'âge de 18 ans, qu'elle fut

(1) GUIMBAIL. — *Les Morphinomanes*.

(2) LANCEREAUX. — *Cliniques*, p. 77.

« prise d'attaques d'hystérie. Elle appartient du reste
« à une famille de nerveux, et sa mère était très sujette
« aux crises de nerfs.

« Au début, les attaques survenaient presque chaque
« jour, puis elles diminuèrent de nombre après un
« séjour de dix-huit mois à la campagne; mais la
« jeune femme étant rentrée à Paris et ayant repris
« ses premières occupations, elles reparurent; en 1880,
« sur le conseil d'un étudiant en médecine, elle com-
« mença à employer les injections hypodermiques de
« morphine, tant pour calmer ses crises que pour di-
« minuer les douleurs intolérables que lui causaient
« de fréquentes névralgies faciales. Bientôt, l'habitude
« de la morphine fut prise et cette malade, au bout
« d'un an, s'injectait par jour soixante centigrammes
« de cette substance; à cette époque survint une con-
« tracture vraiment hystérique du membre inférieur
« gauche, pour laquelle elle resta six mois dans le ser-
« vice de M. Mesnet, à Saint-Antoine. Sous l'influence
« de la morphine, les manifestations hystériques s'a-
« méliorèrent sensiblement ».

Il s'agit donc souvent d'un véritable cercle vicieux : l'hystérie précède; puis une fois l'habitude de la morphine contractée, de nouvelles manifestations de la névrose peuvent apparaître. Il n'y a alors que la morphine qui puisse les faire disparaître. Chez une autre malade, en effet, observée par le même clinicien, des vomissements incoercibles survinrent et pour les arrêter, il n'y avait qu'une suprême ressource : la piqure de morphine.

Nous venons d'envisager rapidement et à part la neurasthénie et l'hystérie en tant que causes de la morphinomanie. L'association des deux névroses n'est pas rare. L'hystéro-neurasthénie est, en effet, plus commune qu'on ne le pense, et on rencontre beaucoup de morphinomanes dans ce milieu de dégénérescence nerveuse.

De même qu'il y a association de prédispositions morbides, il y a association de vices passionnels. Les alcooliques deviennent assez souvent morphinomanes; surtout les buveurs d'essences, absinthe, vermouth, etc.

A la morphine, on voit succéder la cocaïne, le chloral, l'éther, formant des empoisonnements complexes. Ces associations sont souvent l'œuvre de la thérapeutique. Pour remplacer la morphine, on a essayé, en effet de lui substituer la cocaïne, et le résultat a été presque toujours une intoxication mixte qui précipite le dénouement.

Dans la classe des hystéro-neurasthéniques, il faut faire rentrer les hypochondriaques. Obsédés par des idées fixes, ils se croient volontiers atteints de toutes les maladies. Grâce à une irritabilité spéciale, ils sentent battre leur cœur, avec frayeur; ou bien une toux insignifiante, une épistaxis dont le sang a reflué par les fosses nasales postérieures fait croire à la tuberculose; un bouton d'herpès évoque l'idée de la syphilis. Tous ces prétendus malades, ces *malades imaginaires*, pourrait-on dire, obsèdent les médecins de leurs doléances, et si, par hasard, on leur fait, pour

un motif ou pour un autre, une piqûre de morphine, ils oublient vite leurs maux pour tomber dans le morphinisme le plus tenace. Citons, comme exemple, cet étudiant syphilophobe dont parle le docteur Hodée dans sa thèse inaugurale « type du dégénéré physique et mental, devenant hypochondriaque, au moindre choc moral ; se confinant dans son hypochondrie pour tomber dans la morphinomanie (1). »

Il y a un monde à part dans la vie des grandes villes : ce sont les prostituées, de haute et de petite marques.

Il y a d'abord les demi-mondaines, celles qui fréquentent avec assiduité les courses les représentations des théâtres, les concerts, à la recherche de sensations toujours nouvelles. Un jour, grâce à une amie complaisante, ou grâce à une consultation médicale imprudente, l'une d'elles apprend les bienfaits de la morphine. Elle commence alors à se piquer, en rapprochant insensiblement le nombre des piqûres ; puis s'adonne de plus en plus à sa nouvelle passion, qui, quelquefois, lui en fait oublier d'autres. Elle ne tarde pas à faire de nouveaux adeptes de la morphine parmi ses amies, et même aussi parmi ses amants, le prosélytisme s'emparant facilement des âmes faibles. Les morphinomanes de cette catégorie recherchent dans la morphine la force nécessaire pour les nuits de fête, et aussi la sensation nouvelle, le bien être, l'ivresse par-

(1) HODÉE. — *Loc. cit.*, p. 39.

ticulière qui suit la piqure. Quelques-unes mettent même une certaine coquetterie à porter sur elles leurs aiguilles et leur solution ; elles ont des petites seringues, qui sont de véritables objets d'art, et des petits flacons ciselés pour contenir le poison dont elles ne peuvent plus se passer désormais.

Nous venons de parler de la haute prostitution, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Mais, en descendant plus bas, nous tombons sur la plaie vive de la prostitution tolérée et protégée, et de celle qui se dérobe le soir, au coin des rues sombres, sur les promenades de nos boulevards extérieurs, autour de nos principales gares.

Ces prostituées cherchent probablement dans l'opium de nouvelles sensations voluptueuses, peut-être même l'oubli de leur honteux métier, à moins que leur morphinomanie ne soit l'œuvre de l'alcoolisme ou de l'hystérie, ou même de ces deux facteurs à la fois.

Il est une cause de la morphinomanie qu'il ne faut pas négliger : c'est l'esprit de propagande, cet esprit que l'on rencontre partout où il y a vice, le vice tendant toujours à faire de nouvelles victimes. On l'a surtout observé dans les ateliers et dans les familles. A ce propos, citons le fait clinique observé par M. Bacaloglu, interne des hôpitaux de Paris. Il s'agit d'une femme morphinomane qui communiqua son vice à son mari et à sa sœur cadette.

« Mariée richement, elle eût un enfant ; puis ayant
« appris les bienfaits de la morphine, grâce à une
« amie, m'a-t-elle dit, elle commença à se faire des

« piqures. Bientôt son mari suivit son exemple ; mais
« tuberculeux, il mourut au bout de trois ans. Restée
« seule, la fortune du mari étant soigneusement gar-
« dée par ses parents pour assurer l'avenir de l'enfant
« qu'ils avaient pris avec eux, restée seule, dis-je,
« elle engagea sa sœur à venir habiter avec elle dans
« une chambre du quartier latin, voisine de la mienne.
« Un jour, je fus appelé auprès de cette femme pour
« une rétention d'urine. C'était dans la journée, les
« fenêtres étaient hermétiquement closes, presque pas
« de lumière ; le désordre régnait partout. La malade
« était étendue dans un fauteuil, la face terreuse, les
« pommettes saillantes ; dans ce visage livide, il n'y
« avait que les yeux qui brillaient d'une lumière
« d'intelligence. Ses bras et ses jambes étaient
« réduits à la peau et aux os. Le haut des cuisses et
« le ventre étaient constellés de cicatrices brunâtres,
« les unes grandes comme une pièce de 50 centimes,
« les autres petites, ponctiformes. Les soins de pro-
« preté étaient si négligés que les pieds avaient un
« aspect des plus repoussants, les ongles des orteils
« recourbés en corne de bœuf. Je n'avais jamais vu
« pareille chose. D'une voix lamentable, elle me
« raconta ses souffrances et son histoire. Je pus cons-
« tater que, malgré son état physique délabré, l'intelli-
« gence et la mémoire étaient relativement conservées.
« Elle mourut quelques jours plus tard. J'appris alors
« que les deux sœurs s'enfermaient toute la journée
« dans leur chambre et dormaient, puis à la tombée
« de la nuit, elles prenaient quelque nourriture, et une

« fois le repas terminé, elles allumaient deux ou trois
« bougies et se piquaient toutes deux à la morphine.
« Chez elles on trouva une petite balance et une pro-
« vision de l'alkaloïde. Après la mort de sa sœur, sa
« cadette, sans ressource aucune, tomba dans la pros-
« titution. »

Il nous reste maintenant à parler de la morphino-
manie dans le corps médical. Elle y est extrêmement
fréquente. Dans la statistique de Pichon, les médecins
arrivent en première ligne, les prostituées ne viennent
qu'après !

Les causes en sont multiples. Comme partout, nous
devons ici considérer deux facteurs : le milieu et le
terrain.

Voyons le milieu : ce sont tout d'abord les facilités
sans nombre ; la seringue de Pravaz sous la main, la
solution de morphine obtenue sans difficulté. De plus,
le médecin, par son expérience professionnelle, con-
naît les bienfaits de la piqûre de morphine : abolition
temporaire, il est vrai, mais certaine de tout chagrin,
de toute douleur ; accroissement de l'activité céré-
brale, etc., et il arrive qu'à un moment donné l'idée
lui vient d'essayer sur lui-même ce redoutable poison.
L'auto-observation du³docteur Hodée est, à cet égard,
très instructive. On nous permettra d'en citer le
début :

« Etant interne à l'asile d'aliénés de Saint-Gemmes-
« sur-Loire, âgé de 20 ans, et dans notre troisième
« année de médecine, nous eûmes en février 1890, à

« soigner notre collègue et ami J..., d'une pneumonie
« assez sérieuse, menaçant de tourner à l'hépatisation
« grise. Plusieurs nuits passées presque entièrement
« près de lui, nous avions d'autant plus fatigué, qu'il
« fallait assurer seul un service assez pénible, en
« attendant l'arrivée d'un ami qui devait remplacer
« notre camarade malade. Un soir que notre collègue
« souffrait tout particulièrement, le docteur Petrucci,
« médecin chef de l'Asile, nous prescrivit de lui faire,
« à une heure du matin, une injection de un centigramme
« de morphine, voire même de deux, si le soulagement
« n'était pas obtenu.

« A minuit et demie, nous trompant d'heure, nous
« chargeons la seringue de Pravaz, et nous apercevant
« de notre méprise, nous la laissons toute préparée
« près de nous sur une table.

« L'idée nous vient d'essayer sur nous l'effet de
« quelques gouttes de l'injection. Nous connaissons
« par lecture et par ouï-dire, les sensations de bien-être
« qu'elle procure. Séance tenante, nous nous injectons
« au poignet gauche à peine un quart de centigramme.
« Était-ce effet de la fatigue physique que nous
« éprouvions? Était-ce prédisposition non héréditaire,
« nos parents n'ayant aucune tare appréciable de
« dégénérescence? Toujours est-il que nous ressentons
« presque instantanément une euphorie, un
« anéantissement délicieux, dont la visite du médecin
« en chef eût peine à nous tirer. En même temps, nous
« notions une suractivité intellectuelle; nous nous rap-
« pelons fort bien avoir lu, tard dans la nuit, un livre

« dont la lecture nous paraissait auparavant fastidieuse.

« Le sommeil fut remplacé cette nuit-là par une insomnie pleine de rêves agréables, et l'assoupissement ne vint qu'au matin, laissant au réveil une lourdeur de tête et une hébétude qui fut mise par nous, sur le compte de la fatigue éprouvée.

« Le soir, nouvelle piqûre, même dose ; mêmes symptômes d'euphorie ; mais le matin, au réveil, maux de cœur, nausées, bouche pâteuse ; hébétude.

« Il en est ainsi tout le mois de février et de mars ; nous nous morphinons toujours le soir en avançant insensiblement l'heure de la piqûre. La dose est progressivement portée à deux ou trois centigrammes. L'appétit est moins bon : l'aptitude au travail intellectuel plus grande, mais la mémoire reste défectueuse et souvent nous sommes obligé de recommencer le lendemain le travail qui a été fait la veille. La constipation commence à être tenace.

« Au mois d'avril, la morphine est injectée et dans la journée et le soir ; la dose de cinq à six centigrammes est atteinte, C'est à cette époque que l'état de besoin s'établit (1). »

On voit par ce qui précède combien le médecin devient facilement morphinomane.

D'un autre côté, le médecin est un surmené au plus haut degré. Pour obtenir son titre, il a fallu passer par

(1) HODÉE. — *Loc. cit.*, p. 154.

de nombreuses épreuves ; son état nerveux laisse assez souvent à désirer. C'est donc un terrain tout préparé à l'éclosion des différentes névroses et de la neurasthénie en particulier. Si des chagrins surviennent, ou si, poussé par sa curiosité, il veut se rendre compte de l'effet de la morphine, il y a des chances pour qu'il reste morphinomane.

C'est pourquoi la statistique de Pichon, portant sur 120 malades, nous donne 29 médecins et leurs femmes et 7 étudiants en médecine. Levinstein donne sur 110 morphinomanes, 40 médecins et 2 étudiants. Soit, en moyenne, un tiers de morphinomanes appartenant au corps médical ! Ce chiffre est réellement effrayant.

Enfin, au-dessus de toutes ces considérations, il convient d'envisager, comme nous l'avons fait plus haut, l'hérédité névropathique, ce que Charcot appelait le *neuro-arthritisme*.. En effet, ce ne sont pas seulement les névroses ou bien les maladies organiques du cerveau et de la moelle, tabès, paralysie générale, etc., qu'il faut rechercher comme causes de la morphinomanie. Il y a une foule d'affections reliées dans un même faisceau ; l'arthritisme ou l'herpétisme, se traduisant par les poussées de rhumatisme chronique, la goutte, le diabète. Les candidats à la morphinomanie sont également nombreux dans cette classe nosologique.

SYMPTOMATOLOGIE

On a fait souvent une différence entre les morphinisés et les morphinomanes.

D'après la plupart des auteurs, il y aurait parmi les adeptes de l'opium, deux grandes classes : ceux qui prennent de la morphine pendant un certain temps, à l'occasion d'une névralgie, d'un grand chagrin, puis la cessent un moment pour la reprendre plus tard, ou quelquefois même la cessent complètement ; et ceux qui ne peuvent plus s'arrêter à mi-chemin, et s'adonnent entièrement, journellement à la morphine.

Mais cette tendance des morphinisés à devenir morphinomanes est basée sur la force de volonté du sujet. Au fond, il n'y a que des systèmes nerveux plus ou moins puissants, des volontés plus ou moins chancelantes. Il faut aussi se défier des guérisons temporaires ; après un laps de temps variable, les malades retombent dans leurs anciens errements ; nous nous rappelons avoir vu à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brissaud, en 1896, une malade qui se

morphinisait et se démorphinisait successivement, à diverses reprises, et ainsi pendant deux ans.

Il ne faudrait pas en conclure cependant que tous les morphinisés deviennent morphinomanes ; et que les morphinomanes ne peuvent guérir. Nous avons vu heureusement des exemples de guérison assez nombreux.

Mais un grand nombre de morphinisés ne sont souvent que des morphinomanes peureux et hésitants, qui veulent, sous un nom moins énergique, cacher leur faiblesse, et qui prétendent que leur piqure n'étant pas journalière n'est pas dangereuse. Il y a de ces sujets qui, certainement, peuvent se soustraire aux magies du poison ; mais il y en a aussi qui s'y laissent entraîner. Tout est question d'équilibre et de volonté. Une fois l'habitude prise, ils glissent de plus en plus sur la pente fatale et deviennent morphinomanes avérés. C'est pendant cette seconde période que nous allons les étudier ; puis nous dirons ensuite comment ils finissent.

PÉRIODE DE VIRGINITÉ MORPHINIQUE

Un des auteurs qui se sont occupés le plus de la question a décrit de la façon suivante les sensations qu'on éprouve à la suite d'une pipûre de morphine.

« Il faut, pour bien apprécier dans toute leur étendue et dans toute leur intensité les propriétés euphoristiques d'une injection de morphine, la pratiquer

« sur soi-même, le soir, pour se ménager toute une
« nuit de calme et de liberté et choisir, pour cela, un
« de ces moments d'irritation et de mélancolie, si fré-
« quents chez les sujets impressionnables où, mécon-
« tent de soi et des autres, découragé, inquiet, on se
« sent en proie à cette fatigue physique et morale qui
« est, non la douce lassitude qui suit un judicieux et
« fructueux exercice du corps et de l'esprit, mais le
« sentiment d'une activité latente restée sans emploi.
« Quelques instants après la piqure, il semble qu'un
« gai rayon de soleil perce enfin de sombres nuages
« et illumine toute l'existence ; un léger vertige monte
« à la tête ; un agréable farniente vous envahit ; une
« douce sensation de chaleur parcourt les membres ;
« une voluptueuse langueur s'empare de tout l'être,
« tout malaise physique disparaît comme par enchan-
« tement ; on ne sent plus les mille inconvénients aux-
« quelles l'homme gai et actif ne prend pas garde, mais
« dont l'homme triste, ennuyé, languissant, sent tout
« le poids. L'intelligence comme dépouillée de la gan-
« gue grossière qui la retenait captive, paraît plus
« vive, plus nette, plus active, tout en restant ma-
« niable et docile. C'est le moment des méditations
« savantes, des aperçus ingénieux, des vastes syn-
« thèses, des plans d'ouvrages, qui, hélas ! ne verront
« probablement jamais le jour. Les chagrins, les
« remords, la honte des sottises faites, le regret d'une
« vie manquée, le souci du présent, l'appréhension de
« l'avenir, s'effacent ; et les sentiments affectifs, il
« faut bien le reconnaître, s'évanouissent.

« La plus grande partie de la nuit s'écoule sans
« sommeil, se passe en rêvasseries intelligentes,
« et l'on entend sonner successivement les heures
« dans un repos du corps, qui exclut toute souff-
« rance, et au sein d'une activité calme de l'esprit,
« qui ne laisse nulle prise à l'ennui. Et dans le silence
« et l'obscurité, l'intelligence, dégagée de ses entraves,
« brille, comme, au fond d'un sombre sanctuaire, une
« lampe sacrée ! (1) »

On peut s'arrêter là : une simple curiosité à satisfaire ; mais qu'un chagrin survienne, qu'une douleur surgisse, comme la vie se charge bien souvent d'en amener, et le souvenir de la bienfaisante piqure va faire sa réapparition ; le pas est franchi, et, peu à peu, on glisse dans la morphinomanie.

PÉRIODE D'ÉTAT

Le besoin est confirmé ; chaque jour décèle une habitude plus tenace, et le malade est obligé d'augmenter progressivement la dose.

La plupart des malades que nous avons vus dans les hôpitaux, y entrent, soit pour une affection quelconque et on découvre leur funeste passion, soit pour essayer de se débarrasser de leur vice, qu'ils ne cherchent même pas à cacher. Au fond, dans l'immense majorité des cas, c'est la pauvreté qui le pousse

(1) CHAMBARD. — *Les Morphinomanes*, p. 63.

à s'hospitaliser ; ils n'ont plus l'argent nécessaire pour pourvoir à leur nourriture et pour acheter leur poison.

Une fois qu'ils sont à l'hôpital, on diminue la dose quotidienne ; mais, dès les premiers jours, la surveillante et les malades du voisinage disent que le morphinomane ne fait que pleurer et geindre ; celui-ci affirme qu'il désire vivement se déshabituer de la morphine, mais que cela lui est complètement impossible. Il n'est guère facile dans ces conditions, de continuer à diminuer la dose ; bien au contraire, de guerre lasse, pour la tranquillité des voisins, on augmente d'une demi-piqûre. C'est qu'alors le besoin impérieux de la morphine est déjà établi.

Et ainsi, désirant, sincèrement ou non, s'affranchir de la passion, le morphinomane ne parvient qu'à promener d'hôpital en hôpital sa funeste habitude et sa dissimulation.

N'oublions pas que la plupart de ces sujets sont des dégénérés, des hystériques, des neurasthéniques ; ils trouvent toujours un moyen de se procurer le poison qu'on leur refuse, grâce à des amis complaisants. Dans les lettres, dans les livres prêtés, on a souvent trouvé la bienfaisante poudre blanche.

Nous n'insisterons pas sur ces faits, qui sont suffisamment connus de tous. Disons seulement que le mensonge et la fourberie sont souvent l'apanage du morphinomane. Il sait qu'il agit mal pour lui et pour les siens ; alors il devient défiant, car il craint les autres et leurs conseils qu'il ne peut pas suivre. Il a conscience de son infériorité morale, mais il est inca-

pable de réagir ; et ceux qui ne peuvent plus lutter sont comme ces noyés qui savent un peu nager, mais qui, fatigués, se laissent emporter par le courant. Toute résistance est inutile, ce sont des épaves de la vie.

Mais, heureusement, il peut en être autrement avec certains sujets ; des soins diligents, l'isolement, une stricte surveillance, la suppression brusque ou lente, ont donné de bons résultats.

Les morphinomanes ont souvent des troubles de l'intelligence, de la mémoire ; ils présentent des troubles sensitivo-sensoriels. Le caractère est également changé et l'abstinence y contribue surtout : le malade devient triste, irascible ; ses douleurs s'accroissent ; chez la femme, c'est surtout dans le bas-ventre et dans les reins, que siègent ces douleurs ; il y a des névralgies faciales ; des fourmillements, une sorte d'impatience dans les membres. Les morphinomanes deviennent méchants, maussades, se disputent avec les personnes de leur entourage ; puis, une fois le besoin de morphine satisfait ; le calme renaît chez eux comme par enchantement ; ils causent bien, racontent leurs luttes et leurs souffrances avec beaucoup de lucidité.

Des nombreuses publications à ce sujet, il résulte que la nuit du morphinomane ressemble en quelque sorte à celle du buveur ; il ressent des crampes dans les mollets ; il a les mêmes rêves professionnels et terrifiants, des réveils en sursaut et en sueurs ; il voit des animaux hideux, des voleurs armés qui viennent

troubler son sommeil. Une fois éveillé, il amplifie volontiers les faits.

Ces hallucinations, assez fréquentes pendant la nuit, sont plus rares à l'état de veille, et décèlent un état mental fortement ébranlé. Elles surviennent surtout chez des prédisposés et ne paraissent pas devoir être directement imputables à la morphine.

On observe aussi parfois chez quelques morphinomanes la perte du sens moral, comme dans la paralysie générale. Mais certains actes blâmables, comme le vol, la prostitution, ne semblent pas toujours être véritablement sous la dépendance d'une impulsion irrésistible; dans ce cas, le mobile de l'action est le besoin d'argent pour se procurer l'alcaloïde indispensable, et pour arriver à leur but tous les moyens sont bons à ces morphinomanes. Quoi qu'il en soit, au point de vue médico-légal, ils ne sont pas toujours responsables. (Cas du docteur Mottet, cité par M. Lanceraux, cliniques p. 82).

Pour amplifier leurs sensations et réveiller l'euphorie morphinique, les malades ont recours à divers procédés : ligature légère du membre, une fois la piqure faite; massage au niveau de cette dernière, injection intra-veineuse de la solution, principalement dans la veine médiane.

On a signalé des troubles des organes des sens : l'ouïe est quelquefois atteinte; il y a des bourdonnements, des sifflements d'oreilles, sans lésions appréciables, par simple trouble dynamique. Du côté des yeux, on a noté des paralysies des muscles moteurs,

de la mydriase, de l'abolition du réflexe pupillaire, et de l'inégalité des pupilles. Mais il faut aussi se demander si ces troubles sensoriels ne sont pas plutôt sous la dépendance de l'hystéro-neurasthénie, de même que le rétrécissement du champ visuel.

La sensibilité générale peut-être aussi troublée ; il y a de l'analgésie ou de l'hyperesthésie.

En résumé, au point de vue moral, le morphinomane est un être en état d'infériorité manifeste. Ajoutons que la mémoire des faits récents avec persistance des anciens souvenirs est un phénomène fréquent dans cette intoxication, et que l'intelligence, au début éveillée, peut s'affaiblir peu à peu, ce qui nous explique le masque inquiet, souvent hébété que présentent certains de ces malades.

Cependant, bien que les méfaits de la morphine soient grands, on voit des gens doués d'un tempérament robuste résister longtemps à son influence débilitante, de même que l'on voit, surtout à la campagne, de grands buveurs arriver à un âge avancé sans présenter de troubles graves dus à leur éthylisme invétéré.

DE L'ORGANISME DU MORPHINOMANE

Nous allons maintenant passer en revue les différents organes du morphinomane.

A. Appareil digestif.

L'estomac est souvent atteint, mais surtout dans les cas anciens. On a invoqué plusieurs mécanismes pour expliquer cette dyspepsie. Comme dans les auto-intoxications (urémie), les poisons qui ne s'éliminent pas par les urines peuvent l'être par le tube digestif (expériences de Claude Bernard, après ligature des uretères). Dans le morphinisme expérimental, une certaine quantité du poison injecté s'élimine par l'estomac et l'intestin (expérience de Hitzig, professeur à Halle.) Il se pourrait donc que cette dyspepsie soit due à l'élimination du poison par l'estomac, et l'on aurait ainsi une dyspepsie à forme gastro-intestinale, comme il y a l'urémie à forme gastro intestinale. Mais, pour admettre ce mécanisme, il faut supposer que le poison absorbé est en assez grande quantité, car, d'après l'expérience de Hitzig, une heure après l'injection de morphine, on ne retrouve plus aucune trace de cette substance dans la cavité stomacale.

Il semble plutôt que ce soit par l'intermédiaire des nerfs sécréteurs, la morphine ayant atteint le système nerveux et l'ayant débilité, que s'établit cette sorte de dyspepsie, avec des variations sans nombre; le plus souvent c'est une dyspepsie par fermentation acide.

Une autre source de ces troubles gastriques est due aux modifications du liquide injecté; la morphine se décompose en effet, en donnant naissance à de l'apomorphine, dont on connaît bien les propriétés vomi-

tives. Cette dernière hypothèse nous paraît assez vraisemblable.

Les morphinomanes sont presque tous *constipés*; il y a chez eux une atonie intestinale qui les empêche d'aller à la selle pendant quatre ou cinq jours, et même plus. Cette constipation opiniâtre est quelquefois accompagnée de glaires et de ténésme. Les malades sont durs, ovalaires, et, quelquefois, les malades emploient les doigts pour vider l'ampoule rectale des excréments qu'elle contient depuis plusieurs jours.

A cette constipation, ainsi que nous l'avons plusieurs fois observé, fait suite une diarrhée, véritable débâcle, qui dure en moyenne de trois à quatre jours.

Comme symptomatologie de la dyspepsie des morphinomanes signalons rapidement : la pesanteur épigastrique après les repas, la fausse sensation de la faim, les vomissements alimentaires et souvent bilieux, verdâtres. Ces vomissements verdâtres ne manquent presque jamais.

Toujours du côté de l'appareil digestif il nous faut encore noter : la carie dentaire, la langue blanche et pâteuse, le tarissement de la sécrétion salivaire. Les autres glandes, foie, pancréas, etc., paraissent être également compromises dans leurs fonctions physiologiques. Le professeur Ball a décelé dans le foie, une assez forte proportion de morphine, chose qui ne doit pas nous surprendre outre mesure, le foie étant un grand laboratoire pour la destruction des poisons.

Les troubles digestifs étaient très marqués dans les

deux cas suivants, que nous avons pu observer dans le service de M. le professeur Raymond.

Remarquons en plus que chez une malade, les troubles gastriques ont accompagné les premières injections sous-cutanées. Il y a là quelque chose qui rappelle le malaise qu'éprouve celui qui débute avec le tabac, ou avec l'alcool. L'organisme inhabitué, réagit, comme dans le cas d'un véritable empoisonnement.

PREMIÈRE OBSERVATION (personnelle).

La nommée Sophie L..., âgée de 58 ans, journalière, entrée à l'hospice de la Salpêtrière le 30 mai 1898, salle Rayer, ne présente rien de bien intéressant dans ses antécédents héréditaires : sa mère, morte à 75 ans, aurait perdu la mémoire à l'âge de 60 ans, et n'aurait jamais été paralysée ; une sœur aînée est morte il y a deux ans, après quinze jours de maladie ; d'après le sujet, elle aurait eu une maladie du cerveau (?). C'est tout ce que nous avons pu savoir. Il y a quatorze ans la malade perdit son mari, qui s'était brisé la colonne vertébrale.

Jamais de graves maladies dans son enfance.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, la ménopause survint à 48 ans sans occasionner aucun trouble.

A eu dix grossesses, dont trois fausses couches survenant presque toutes dans les quatre premiers mois. Tous les enfants seraient du même père. La première grossesse s'est terminée par avortement ; la malade avait alors 20 ans. Neuf mois et demi plus tard, elle accoucha d'un enfant bien portant. Les

grossesses qui suivirent furent menées à terme. Après la septième grossesse, il y eut un repos d'environ dix ans. Il y a vingt-trois ans, elle accoucha d'un garçon, en bonne santé actuellement.

Après ce huitième accouchement, survinrent deux fausses couches de deux mois environ. Sur les sept enfants qu'elle eut, la malade dit qu'il ne lui en reste que trois ; quatre sont morts (des filles), l'une à 5 ans, l'autre à 4 ans, une troisième à 3 ans et une dernière à 18 mois. On ne peut savoir quelles ont été les causes de la mort.

Il y a vingt-trois ans, à la suite de son huitième accouchement, survint, au bout de neuf jours, une péritonite puerpérale. La patiente fut alors transportée à la Charité.

Depuis sa première grossesse, elle ressentait de temps à autre de violentes douleurs dans les reins et le bas-ventre. Elle présentait en outre des vomissements alimentaires fréquents et des hématuries assez abondantes. Elle maigrissait beaucoup.

Pour calmer ses douleurs on lui faisait des piqûres de morphine. Dans les premiers temps on lui en donnait une le matin et une le soir. Mais, graduellement, on aurait porté le nombre des injections à *vingt* par jour (?).

Elle sortit au bout de deux ans de l'hôpital, sa péritonite guérie, mais souffrant toujours autant dans le bas-ventre et dans les reins.

Rentrée chez elle, elle continua à se piquer elle-même et arriva à consommer en moyenne 8 grammes par semaine, et cela pendant deux ans. Alors, elle diminua peu à peu la quantité et finit par n'en plus prendre que 4 grammes par semaine.

Toutefois, *quand elle voulait marcher*, elle augmentait un peu la dose. La malade affirme, en effet, ne se morphiniser que pour se donner des forces.

En 1894, elle cessa complètement les piqûres sur les conseils d'une morphinomane de ses amies, dit-elle, et substitua l'ingestion à l'injection, en absorbant toujours ses 4 grammes par semaine. Elle ne se fit plus dès lors que très rarement des piqûres (?).

Mais, fait à noter, au début de cette substitution, elle eut pendant cinq à six jours des vomissements d'une couleur verdâtre. Depuis, elle n'a plus du tout vomi.

Alternatives de diarrhée et de constipation depuis qu'elle prend de la morphine tant en injections qu'en ingestion.

Au mois de mai 1898, elle entre à la Salpêtrière pour une obstruction intestinale, qui cède à un lavement électrique.

Actuellement, elle a un teint terreux, elle est maigre, se plaint de faiblesse dans les jambes, ferait 50 mètres avec peine, les jambes ne tardant pas à fléchir sous elle. Pas d'appétit. Insomnie. Crampes dans les mollets, surtout la nuit, au lit; quelques cauchemars. Affaiblissement de la mémoire. Constipation renaît. Elle ne prend plus, en ce moment, que 30 centigrammes de morphine par jour.

Elle a eu souvent des abcès; la plupart, petits, peu douloureux, qu'elle perceait elle-même, et qui survenaient toujours à l'endroit d'une piqûre deux ou trois jours après celle-ci. Ils duraient trois ou quatre jours et suppuraient peu.

Toutefois elle dit en avoir eu deux assez volumineux, qu'un médecin fut obligé d'ouvrir, au début de son intoxication. Ils siégeaient à la paroi abdominale; d'une durée d'une huitaine de jours, ces abcès auraient été très douloureux et accompagnés de fièvre, et auraient beaucoup suppuré.

La malade faisait ses piqûres sur les bras, aux cuisses, aux fesses mêmes, à droite ou à gauche, indifféremment. A ces endroits, la peau est parsemée de cicatrices d'un rose violacé pâle, entourées d'une zone de peau plus foncée, rétractée, indurée.

Pas de troubles de la sensibilité. Les réflexes sont conservés.

Pas de troubles de la vue, ni de l'ouïe.

DEUXIÈME OBSERVATION (Personnelle).

La nommée Lucie B..., âgée de 34 ans, sous-surveillante, entrée le 16 octobre 1896, salle Rayer, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, jusqu'à la mort de son mari en 1884. A cette époque, probablement à la suite du saisissement qu'elle éprouva en apprenant la mort soudaine de son mari, les règles disparurent complètement pendant 12 ans.

Au mois de février 1886, Salpingite, (vomissements alimentaires et bilieux. Constipation. Ballonnement du ventre. Douleurs dans les fosses iliaques mais surtout à droite.) Au bout de 6 mois, guérison complète.

En 1893, la malade sentit que ses jambes devenaient faibles, il y avait en même temps un léger œdème et la marche devenait assez pénible.

En juillet 1894, elle entré à la Salpêtrière, pavillon des Incurables, la marche étant devenue presque impossible. Elle se plaignait en outre de violentes douleurs dans les membres inférieurs, depuis la hanche jusqu'au bout du pied ; ces douleurs existaient jour et nuit et étaient accrues par la moindre pression, le moindre contact, le moindre mouvement. C'est alors que pour calmer ces douleurs, on commence à lui faire des piqûres de morphine. Au début, on lui en faisait trois ou quatre dans les vingt-quatre heures, mais, progressivement on arriva au chiffre de seize piqûres par jour.

En 1896, elle entre dans le service de M. le professeur Raymond, où on lui fit de l'extension des membres inférieurs pendant quatre heures par jour, durant quatre mois, et on la déshabituait de la morphine en quinze jours.

A cette époque, en effet, la malade était d'une maigreur excessive, avait le teint jaune, terreux ; des insomnies, des crampes dans les mollets, des cauchemars, des mouches et des étincelles dans la vue ; elle était très altérée, avait la gorge sèche, des vomissements, des alternatives de constipation et de diarrhée ; à une constipation durant parfois quinze jours, succédait une diarrhée de huit à dix jours.

Aujourd'hui son état paraît très satisfaisant, il est du moins, considérablement amélioré.

La malade dit ne s'être jamais piquée elle-même (?).

On la piqua pendant dix ans sur les bras, les cuisses, le ventre, dans le dos, à droite ou à gauche. Elle a eu beaucoup d'abcès, de dimensions variables ; il y en avait de très volumineux (gros comme un œuf) ; ils étaient très douloureux, supprimaient abondamment, mais se guérissaient très rapidement, laissant après eux des cicatrices d'un aspect tout particulier. Sur la cuisse gauche, notamment, à la face antéro-externe, on voit une cicatrice longue de dix centimètres sur deux centimètres de largeur. Le centre de cette cicatrice est d'un blanc rosé, la peau en est amincie ; la périphérie, au contraire, est d'un brun sale, la peau en est indurée et rétractée. Sur la cuisse droite, on voit de pareilles traces, ainsi que sur les bras, l'abdomen et le dos. Mais, au sein droit, au cou, dans la fosse sus-épineuse, dans tous ces points, où la malade nous a affirmé n'avoir jamais eu de piqûres (?), on rencontre encore de ces cicatrices bien moins grandes, mais ayant les mêmes caractères.

Les règles ont reparu il y a un an, en 1897, alors que la

malade ne prenait plus de morphine, et, depuis elles ont toujours été régulières.

Remarques. — Il est à remarquer que cette malade semble avoir eu des abcès à distance. De plus, ses règles reparurent quand elle ne fut plus sous le coup de l'intoxication morphinique.

B. — Appareil circulatoire.

Les troubles cardiaques sont assez fréquents ; ils consistent en palpitations, sensation d'angoisse précordiale.

Le pouls est généralement petit et se relève après une injection de morphine ; la tension artérielle prise, à l'aide du sphygmomanomètre de M. le professeur Potain, dénote, après une piqûre, une légère ascension.

A côté de ces troubles légers, il faut signaler les lipothymies et les syncopes. Les défaillances du cœur peuvent survenir même à l'occasion d'une suppression lente, mais cet accident grave s'observe surtout à la suite de la suppression brusque de la morphine : après une période d'intolérance gastrique, avec vomissements verdâtres, les extrémités du malade se refroidissent ; il devient pâle, les battements cardiaques se précipitent et la syncope peut terminer la scène ; elle est quelquefois mortelle.

D'autres fois, c'est en augmentant au contraire la

dose de morphine qu'on a vu se produire cet accident.

Nous-même avons été témoin d'une syncope mortelle chez un vieil asthmatique que, seul, l'opium calmait. Quelques instants après une piqûre de morphine, le cœur s'arrêta net et le malade tomba raide mort. Les urines ne contenaient pas d'albumine.

Même chez les morphinomanes habitués, mithridatisés en quelque sorte, il faut toujours redouter les accidents cardiaques.

Au point de vue de la température, il n'y a rien à signaler qui soit directement attribuable à la morphine. Bien que Levinstein ait décrit des formes fébriles intermittentes, ou bien avec des accès quotidiens atteignant 38° et 39°, nous avons suivi un assez grand nombre de morphinomanes pour nous assurer que, toutes les fois que la température montait, il y avait soit un abcès en voie de formation, soit une affection intercurrente.

C. — Appareils génitaux urinaires.

1° *Reins*. — Chez les animaux intoxiqués par la morphine, Levinstein constata la présence de l'albumine dans les urines quand la dose montait à 40 ou 50 centigrammes, dose qui entraînait la mort en une ou six heures.

Pour des quantités plus faibles, une légère albuminurie survint au bout de deux ou trois jours, pour diminuer progressivement. A côté de l'albumine, il a

trouvé également quelques traces de sucre, surtout dans les cas mortels.

Ce qui se passe chez les animaux intoxiqués expérimentalement, a-t-il sa réalisation chez l'homme habitué à absorber de la morphine? Plusieurs auteurs, Levins-teïn, Huchard, ont admis chez les morphinomanes une albuminurie passagère. Mais Pichon, sur un grand nombre de malades par lui observés, n'a pu trouver aucune trace d'albumine. Dans les cas que nous avons pu suivre, nous n'avons nous-même trouvé ni sucre, ni albumine. Nous croyons donc que, si l'albumine existe dans les urines de certains morphinomanes, cela est un fait bien rare et le plus souvent sous la dépendance d'autres facteurs. Les néphrites sont actuellement considérées comme toxiques ou infectieuses; l'albumine chez les animaux en expérience, relève certainement du premier mécanisme, et il faut une quantité considérable de poison pour qu'elle soit appréciable.

Chez l'homme, les voies d'élimination sont multiples et la dose absorbée n'est pas suffisante pour altérer profondément le rein.

En tout cas, ce n'est jamais par les reins que meurt le morphinomane, et s'il présente parfois des traces d'albumine, on ne connaît pas d'observation où la mort ait été causée uniquement par l'insuffisance rénale.

La sécrétion urinaire est souvent diminuée; parfois on note, surtout au début de l'intoxication, de la polyurie. — Rarement on observe de la dysurie.

Les urines sont riches en acide urique, et ne contiennent, d'après Guimbail, que fort peu d'urée.

2° *Organes génitaux.* — Le sens génital est légèrement stimulé au début de l'intoxication ; l'euphorie morphinique peuple l'imagination de visions érotiques ; mais souvent il ne s'agit que de rêves, sans qu'il y ait excitation au sens propre du mot.

Mais si la force génitale est un tant soit peu accrue dans les premiers temps de l'intoxication, elle ne tarde pas à entrer en déchéance. Bientôt les malades ne ressentent plus les désirs sexuels ; et, si on voit des femmes morphinomanes se livrer à la prostitution, c'est, comme nous l'avons déjà dit, uniquement dans le but de se procurer l'argent nécessaire à l'achat de la solution de morphine, ou bien encore par perte du sens moral.

Chez la femme, la menstruation est troublée : dysménorrhée et même parfois aménorrhée ; les règles peuvent disparaître pendant un temps plus ou moins long et reparaitre ensuite.

La conception est possible, mais l'avortement est extrêmement fréquent. D'après la plupart des auteurs, il ne faut pas supprimer la morphine pendant la grossesse ; l'avortement en serait la conséquence. (Féré, Société biologique, 13 octobre 1883).

Certaines morphinomanes peuvent mener leur grossesse à terme ; le produit de la conception fournit des enfants athrepsiques, à tête de petit vieux, candidats au muguet et au dépérissement. Ils ont besoin de la

couveuse pour pouvoir vivre, et souvent encore, ils succombent quelques jours après leur naissance. Il est rare qu'un enfant issu de morphinomanes soit vigoureux, à moins, toutefois, que la dose de poison absorbée ne soit minime et la morphinomanie de date toute récente.

La peau des morphinomanes.

Il suffit parfois de découvrir un malade pour diagnostiquer la morphinomanie ; il est bien rare en effet que sa peau ne porte pas les stigmates de son intoxication. Nombreuses sont les causes de cette altération de la peau ; la plupart relèvent de l'infection, depuis la simple induration jusqu'à l'abcès le plus considérable. Les sièges de ces altérations sont, de préférence, les points où se pratiquent les piqûres, c'est-à-dire la peau de l'abdomen, en remontant quelquefois jusqu'aux seins, le haut des cuisses, au niveau de leur racine et à leur partie antéro-externe, les jambes, les bras, surtout le bras gauche.

Il y a des morphinomanes qui font leurs piqûres n'importe où : aux cabinets, dans la rue, dans les magasins, au théâtre, dans un salon, etc. L'une d'elles nous a raconté qu'elle se piquait très souvent à travers ses vêtements en se promenant dans les magasins du Louvre.

Dans ces conditions, qu'arrive-t-il ? Les précautions antiseptiques ne sont pas observées : la peau n'est pas lavée, la seringue est sale, non flambée, et la

solution de morphine même contient, surtout si elle est vieille, des mucédinées, des moisissures. Il y aura donc formation d'un abcès. Une fois la seringue infectée par un abcès antérieur, elle porte les germes de la contagion aux nouveaux endroits piqués, et il arrive que la peau se couvre d'abcès, jusqu'à 15,30 et au-delà. Les microorganismes de cette suppuration sont les saprophytes de la peau, staphylocoque et streptocoque.

Au point de vue clinique, il y a d'abord la simple induration au lieu piqué; elle répond à une infiltration de cellules rondes, de leucocytes au niveau de la région légèrement infectée. Il y a un petit nodule inflammatoire intra-dermique.

Si la diapédèse est plus abondante, il se forme un véritable abcès collecté, de volume variable, depuis celui d'une petite noisette, jusqu'à celui des vastes collections purulentes qui décollent de grandes surfaces. Nous avons vu à l'hôpital Beaujon une femme qui portait un large abcès s'étendant depuis la crête iliaque jusqu'à mi-cuisse. Il avait décollé la peau et, après incision, il s'en écoula environ 500 grammes d'un pus jaune verdâtre. Nous avons eu l'idée qu'il devait s'agir là d'un abcès chez une morphinomane; la peau du ventre était en effet couverte de piqûres et d'induration tout à fait caractéristique. D'ailleurs la malade interrogée finit par avouer son vice.

La suppuration s'étend par voie lymphatique aux ganglions correspondants; aussi, n'est-il pas rare de constater des paquets ganglionnaires indurés, dans le pli de l'aîne et dans l'aisselle.

Dans d'autres circonstances, il se forme des abcès même aux endroits qui n'ont pas été le siège de piqûres : ce sont des abcès dits à distance. Voici du reste à ce sujet un passage d'une observation de Trélat, relatée dans un article du docteur Petit. Il s'agit d'une morphinomane de 30 ans, qui présenta des abcès, les uns petits, les autres atteignant et même dépassant le volume d'une noix ; plusieurs d'entre eux devinrent confluents et leur ouverture détermina des trajets fistuleux, qui, heureusement, guérèrent plus tard.

« Des abcès ganglionnaires se produisirent dans le
« pli de l'aîne, en dehors de toute irritation locale,
« c'est-à-dire dans les points où on n'avait jamais fait
« d'injections ; j'ajouterai de suite que, dans le cou-
« rant de l'été 1878, je dus ouvrir un assez volumi-
« neux abcès de la fausse ischio-rectale, qui s'était
« développé dans les mêmes conditions, et qu'il s'en
« produisit un autre, à peu près à la même époque,
« derrière le moignon de l'épaule, c'est-à-dire dans
« des régions respectées par les piqûres.

« J'eus ainsi à ouvrir dans l'hiver 1877-1878, sur
« la paroi abdominale, au bas des reins, et sur les
« régions trochantériennes, plus de trente de ces abcès.
« Certaines incisions avaient 3 et 4 centimètres de
« longueur. Ces abcès siégeaient tous dans le tissu
« cellulo-adipeux sous-cutané. Un petit nombre d'en-
« eux, trois ou quatre, contenaient des gaz et le pus
« avait une mauvaise odeur et une couleur gris ver-

« dâtre. Il est probable qu'un peu d'air avait été introduit au moment de l'injection,

« Ici encore j'ai observé pour certains abcès cette marche subaiguë, précédemment signalée : une induration un peu douloureuse, qui diminuait, réaugmentait et arrivait à la suppuration au bout de quinze jours ou trois semaines (1). »

Une fois l'abcès vidé, qu'en résulte-t-il ? S'il est de petites dimensions, il n'y aura qu'une cicatrice de la grosseur d'un pois, d'une tête d'épingle, sans caractère bien spécial, et quelquefois peu apparente. Mais si, au contraire, l'abcès est volumineux, si l'ouverture par laquelle le pus s'est fait jour est assez grande, il restera une cicatrice d'un aspect tout particulier : tout autour, la peau épaissie est le siège d'une sclérose, et, en outre, elle se pigmente ; le centre en est d'un blanc rosé. Le ventre et les membres présentent à la longue, de ces cicatrices plus ou moins larges, en nombre variable.

Mais à côté de ces altérations connues, il y en a une autre qui a été signalée récemment (au mois de mai 1897), à la Société médicale des hôpitaux de Paris, par M. Moutard-Martin, médecin de l'hôpital de la Charité : c'est la pigmentation bleue.

Voici, *in extenso*, l'observation de la malade qui fit le sujet de cette communication, observation prise par M. Bacaloglu, alors interne du service :

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1879, p. 264.

Fabre Lebreton, âgée de 35 ans, institutrice, entre à l'hôpital de la Charité, le 23 mars 1897 (salle Andral, n° 21, service du Dr Moutard-Martin). Sans aucune difficulté, elle dit de suite qu'elle vient à l'hôpital pour consolider sa guérison de la morphinomanie ; que, depuis un mois, elle a supprimé toute piqûre...

Ayant une confiance limitée dans ses déclarations, on procède à l'examen du tégument externe et on est de suite frappé de la présence de taches pigmentées bleuâtres rappelant le tatouage, disséminées sur l'abdomen, les cuisses et les jambes. Nous décrivons l'aspect de ces taches, après avoir rappelé l'histoire pathologique de cette femme ; et nous faisons remarquer que, dans les ouvrages écrits sur la matière (Pichon, Chambard, etc.), il n'est pas fait mention d'un trouble trophique rappelant celui en présence duquel nous nous trouvons.

Dans ses antécédents, on relève les renseignements suivants ; son père est mort à 79 ans ; sa mère à 63 ans ; un frère mort de la poitrine (?) à 45 ans. Elle a un frère prêtre, une sœur au couvent. Tous, dans sa famille, sont emportés, irascibles, mais ne présentent pas d'affection nerveuse bien nette.

Réglée à 15 ans, notre malade n'a pas d'attaque d'hystérie ; elle est très bien portante jusqu'il y a huit ans. A ce moment, elle perd en jaune, souffre en urinant, ressent de violentes douleurs dans le ventre (blennorrhagie (?) métrite (?)). On la soigne à la maison de santé de Chaumont-en-Vexin, et on lui fait quelques injections de morphine. En sortant de cet hôpital, elle garde le besoin de sa piqûre, achète une seringue, et, sur ordonnance, se fait délivrer de la morphine, chaque jour, 50 centigrammes (?).

Au bout de deux ans, les phénomènes d'intoxication se font ressentir : crampes dans les mollets, dérobecments des jambes,

faiblesse générale, céphalalgie, vomissements. Pour calmer ses malaises, la malade a toujours recours à la morphine.

Il y a quatre ans, elle contracte la syphilis ; chancre vulvaire, roséole, céphalalgie, alopécie en clairière, angine spécifique. Les cheveux commencent à blanchir.

Il y a un an, il est survenu une éruption disséminée sur tout le corps, excepté les mains et la figure ; des taches d'abord rosées, puis de couleur foncée, jambonnée ; la plupart laissent de petites cicatrices blanchâtres.

Il y a trois mois, dit-elle, est apparue une autre éruption, bien différente de l'ancienne : les taches plus larges, plus foncées, deviennent bientôt bleues, d'un bleu rappelant le tatouage par la poudre, ou l'encre de Chine. }

Actuellement, la malade paraît plus vieille que son âge ; ses cheveux sont notablement éclaircis, presque blancs. Elle est maigre. Le regard est vif, l'intelligence très nette ; elle répond avec vivacité aux questions qu'on lui pose.

Examen du tégument. Il y a lieu de décrire deux ordres de lésions : celles qui se rattachent à la syphilis et les taches bleues.

A. *Syphilis* ; a) A la partie externe et supérieure de la jambe gauche, sur la jambe droite, sur les deux cuisses, on voit des cicatrices d'une couleur sombre, jambonnée, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, déprimées au centre ; autour de la cicatrice centrale, la zone pigmentée se perd insensiblement sur les téguments sains.

b) A la partie externe de la cuisse droite, et à la partie antérieure de la cuisse gauche, au niveau du sommet du triangle de Scarpa, on voit deux ulcérations suintantes de couleur sombre.

c) Tout le tégument, excepté la tête et les mains, est constellé de taches présentant les caractères suivants : couleur

brune, jambon fumé, dimensions : quelques milimètres ; tache blanche au centre, collerette pigmentée autour, légère desquamation par places, au niveau de la collerette. Remarquons que ces taches sont nombreuses, et très visibles sur le dos ; à ce niveau et sur le haut de la poitrine elles ne sont pas masquées par l'éruption des taches bleues que nous allons maintenant décrire.

B. *Taches bleues.* A huit travers de doigt au-dessus des malléoles, on commence à noter des taches bleues ; elles augmentent au fur et à mesure qu'on remonte vers la racine des cuisses et sont particulièrement nombreuses sur la région externe de la cuisse, au devant du grand trochanter. Le ventre en est parsemé jusqu'au niveau des seins. Il n'y en a pas sur le haut de la poitrine, le dos, la partie postérieure des cuisses et des jambes.

Pourtant, au niveau de la racine des cuisses, elles empiètent sur la fesse, en dehors du grand trochanter, tout en restant séparées du pli interfessier de cinq travers de doigt environ.

Sur les membres inférieurs, les taches bleues sont presque toutes ovales, rondes ; sur le ventre et à la région crurale, elles sont souvent linéaires, et se présentent soit comme un sillon bleuâtre, soit comme un petit point bleu foncé, d'où part une traînée bleuâtre moins sombre.

Elles sont variables d'étendue, leur diamètre varie depuis un petit point jusqu'à un centimètre, arrondies ou allongées ; leur couleur est d'un bleu foncé qui rappelle le tatouage par la poudre ou par l'encre de Chine, souvent assez claire et présentant par places un éclat presque brillant. La plupart laissent voir à leur centre une petite cicatrice blanche.

Examen du système lymphatique : Il y a des ganglions gros,

durs aux plis de l'aîne; un petit à la nuque. Pas de ganglions épitrochléens.

Les différentes sensibilités au toucher, à la douleur, à la température sont diminuées aux membres inférieurs. Pas de plaque d'anesthésie.

Au niveau des taches bleues, la sensibilité est moindre que sur le reste du tégument. Pas d'anesthésie pharyngée. Rétrécissement considérable du champ visuel plus accentué à gauche.

Diplopie passagère. Pas d'achromatopsie.

Rien du côté du goût et de l'ouïe.

T. normale. P. 80.

Les organes internes sont absolument sains. Pas de syphilitides vulvo-vaginales; léger écoulement leucorrhéique. Utérus petit, mobile; pas d'empatement dans les culs-de-sac vaginaux, qui sont complètement libres (1).

M. Moutard-Martin, sans insister sur les autres éruptions manifestement syphilitiques présentées par cette malade, appela l'attention de ses collègues sur les taches bleues et surtout sur leur coloration, qu'il comparait, fort justement d'ailleurs, à celle de certains tatouages à l'encre de Chine. Il fit remarquer en outre que ces taches étaient situées en des endroits, qui tous, étaient « facilement accessibles à l'une des deux mains armée ou non d'une seringue. » Il n'en constata point à la partie postérieure du tronc et il fut amené à penser qu'il existait « une relation entre les injections

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 20, 3 juin 1897.

de morphine et l'apparition des taches. » Pour lui, elles n'étaient nullement en rapport ni avec la syphilis, ni avec l'hystérie.

M. Letulle raconta qu'il avait eu dans son service un morphinomane qui présentait au niveau de l'épaule gauche, en arrière, cinq ou six taches analogues à celles que signalait M. Moutard-Martin; et, cependant, le malade affirmait n'avoir jamais été piqué à cet endroit.

M. Chauffard émit l'opinion que ces taches ne seraient peut-être autre chose que les taches noires bien connues des morphinomanes, avec une plus faible intensité de coloration.

Quant à M. Tenneson, il avoua n'avoir jamais vu rien de semblable et il ajouta qu'il n'existait aucun moulage analogue, au musée de l'hôpital Saint-Louis.

L'examen histologique de la peau au niveau des taches bleues, fut pratiqué par le docteur Durante. Voici quel en fut le résultat :

« Atrophie considérable avec dégénérescence vacuo-
« laire du revêtement cutané ; atrophie et disparition
« des glandes et des poils ; raréfaction des vaisseaux
« et condensation du tissu conjonctif sous-cutané (1). »

Nous avons eu nous même la bonne fortune d'observer à l'hôpital Beaujon, pendant les derniers mois de nos études médicales, dans le service de notre excellent maître, le docteur Troisier, un cas de pig-

(1) *Bull. Soc. méd. hôp.*

mentation bleue, qui se rapproche de celui de M. Moutard-Martin.

En voici l'observation (personnelle) :

Zélie L..., âgée de 52 ans, journalière, entre à l'hôpital Beaujon, le 11 avril 1898, dans le service du docteur Troisier, salle Vulpian, lit n° 9.

Antécédents héréditaires. — Mère, morte de tuberculose pulmonaire à 64 ans; un frère mort à 18 ans d'une fièvre typhoïde; un frère, âgé de 67 ans, encore vivant, asthmatique; une sœur, âgée de 60 ans, actuellement bien portante.

Antécédents personnels. — Jamais de graves maladies jusqu'à l'âge de 33 ans. Réglée à 16 ans, toujours régulièrement mais peu abondamment. La malade s'est toujours connue très impressionnable et très nerveuse; du reste, selon elle, les personnes de sa famille sont toutes d'un caractère emporté.

A souffert presque toujours de maux d'estomac.

Elle a eu deux enfants, dont l'un est mort de convulsions à trois ans et demie. L'autre, âgé de 33 ans, se porte bien; mais paraît-il, il se conduit mal vis-à-vis d'elle, et lui a causé dans ces derniers temps beaucoup de tourments. Il aurait même essayé de l'assassiner (?).

En 1879, elle tombe brusquement malade :

Douleurs dans le ventre et dans les reins. Céphalgies, ventre très ballonné. Anorexie. Vomissements alimentaires et bilieux.

(Le lait n'est toléré que lorsqu'il est additionné d'eau de Vichy). Amaigrissement considérable.

Un médecin aurait à cette époque fait le diagnostic de fibrome utérin. Et cependant, il n'y eut, d'après la malade, ni métrorrhagies, ni ménorrhagies.

Le médecin traitant lui fit mettre une couche de collodion sur l'abdomen et prescrivit le régime lacté et le repos au lit. En outre, pour calmer ses douleurs, il lui fit une demi-piqûre de morphine matin et soir.

La malade reste couchée pendant plus d'un an, du mois de février 1879 au mois de mars 1880, la marche étant devenue, paraît-il, très difficile et la station debout impossible.

Le médecin continua les piqûres tous les matins et tous les soirs pendant six mois environ, en donnant la même dose, c'est-à-dire une demi-seringue matin et soir, de la solution suivante dont la malade a retenu par cœur la formule :

Chlorhydrate de morphine.	1 gr. 20.
Glycérine.....	4 grammes.
Eau distillée stérilisée.....	q. s. pour 45 grammes.

Puis la malade se procura une seringue et, dès lors, elle se fit elle-même ses piqûres, avec la précédente solution.

Elle consommait ainsi en moyenne 25 milligrammes de chlorhydrate de morphine par jour. Elle maintint cette dose quotidienne jusqu'en 1887 (?).

Au mois de mai 1880, elle recommence à marcher. La marche est entièrement possible en peu de temps,

Dé 1880 à 1881, son état semble s'être amélioré; les douleurs sont moins fortes, l'appétit renaît.

En 1882, elle ressentit de vives douleurs de tête et fut complètement sourde de l'oreille droite.

Au bout de quelque temps, celle-ci se mit à couler. La suppuration dura un mois environ, et aurait été suivie d'une perforation du tympan.

A cette même époque, le ventre, quoique bien moins volumineux qu'au début, est toujours un peu ballonné. Sur les conseils d'un médecin, elle va faire une saison d'un mois à Plombières, où elle prend des bains et des douches. A son retour

elle était presque complètement rétablie, mais elle continue néanmoins à s'injecter ses 2 centigrammes et demi de morphine par jour.

Elle 1884, elle retourne passer encore un mois à Plombières, ayant ressenti de nouveau des douleurs dans le ventre et dans les reins. De plus elle souffrait surtout dans le côté droit. Les piqûres seules pouvaient calmer ces douleurs.

En 1885, un médecin essaye de la deshabituier : il lui donne d'abord du sirop de morphine pendant plusieurs jours. Comme ce sirop ne calmait nullement les douleurs; et que, de plus, il occasionnait chez cette malades des troubles digestifs assez prononcés, il substitua la cocaïne à la morphine.

La malade dit n'avoir eu qu'une seule piqûre de cocaïne; cette piqûre détermina un abcès très étendu et très profond à la paroi abdominale du côté droit. L'injection avait été faite avec l'aiguille qui servait d'ordinaire aux piqûres de morphine.

Le malade revint alors à ces dernières.

En 1887, elle augmente progressivement la dose quotidienne de l'alcaloïde en rapprochant insensiblement l'heure et le nombre des piqûres. Il lui arrivait parfois de se faire cinq piqûres par jour. Elle consommait, en moyenne, 2 gr. 50 par semaine.

Le besoin de morphine était à cette époque devenu extrêmement impérieux et se manifestait à tout moment.

Depuis lors, elle continua toujours ses piqûres sans ressentir, jusqu'en 1898, aucun trouble qu'elle ait pu attribuer à la morphine.

Vers 1891 ou 1892, ses règles cessèrent complètement.

En 1894, elles reparurent, et jusqu'en 1896, elles furent régulières. Au mois de mai 1896, elles disparurent de nouveau et cette fois définitivement.

Le 10 avril 1898, elle ressentit de violents troubles : vomissements alimentaires et bilieux, de couleur verdâtre ; diarrhée, insomnies ; pas de maux de tête, faiblesse dans les jambes, qui se dérobent ; douleurs dans le ventre surtout à droite. C'est alors qu'on la transporta à l'hôpital Beaujon.

Actuellement, elle présente un faciès abattu, les cheveux blancs sur la partie antérieure de la tête (auraient blanchi, dit-elle, en une nuit). Les yeux sont brillants, le teint terreux. Le pouls est lent.

La température oscille entre 37° et 37° 8.

Aucun signe de syphilis, ni de tuberculose.

Elle a des troubles digestifs depuis quelque temps ; elle a perdu de l'appétit, est toujours très altérée. De plus, elle est souvent constipée. Rien du côté de la vue.

Insomnies. Quelques cauchemars : elle voit des ombres dans ses rêves. Crampes douloureuses dans les mollets, surtout la nuit. Etat neurasthénique très prononcé. Volubilité extrême. Surexcitation des organes génitaux avec sensations voluptueuses, bien qu'elle dise n'avoir plus eu de rapports sexuels depuis longtemps.

Pas de troubles de la sensibilité.

Réflexe pharyngien conservé, peut-être même un peu exagéré.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Examen des urines. — Ni sucre, ni albumine.

Palper abdominal. — Utérus normal, très mobile. Fosse iliaque droite légèrement douloureuse, mais ne présente pas d'empatement.

Toucher vaginal. — Col normal, plutôt petit, à orifice normal.

Cul-de-sac antérieur effacé.

Les autres culs-de-sac sont normaux.

A l'inspection de la paroi abdominale, on remarque, disséminées dans la région externe du flanc droit et du flanc gauche, des taches qui n'existent pas sur la ligne médiane. On en voit plus à gauche qu'à droite. D'ailleurs, la malade nous dit se piquer plus souvent à gauche.

Ces taches ont une coloration variable; par endroits, ce sont des petites taches d'un bleu clair, presque rosées, tandis que plusieurs d'entre elles sont nettement bleu foncé, comme colorées par l'encre de Chine.

A deux travers de doigt en dehors de l'ombilic, petite tache bleue, encore plus nettement colorée que les autres. La malade affirme pourtant ne s'être jamais piquée à cet endroit.

Le contour des taches est irrégulier. Celles du côté gauche, surtout, ont une direction allongée de haut en bas, et de dedans en dehors. Cette direction répond à celle de l'aiguille.

Les taches semblent donc résulter des piqûres.

La peau ne paraît pas amincie au niveau de ces taches.

On constate, à côté d'elles, des piqûres simples, sans pigmentation, et d'autres légèrement pigmentées d'un rose brun.

Rien dans le dos, à la racine des cuisses, ni sur les jambes.

On ne lui faisait plus dans le service qu'une demi-piqûre de morphine le matin et une le soir.

Quelquefois dans l'après-midi on était obligé de lui faire une demi-piqûre. La solution employée était au 50°.

A sa sortie de l'hôpital, le 12 mai 1898, elle absorbait en moyenne 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine par jour.

Comme on le voit, nous avons retrouvé dans ce cas les mêmes taches bleues signalées l'année dernière par M. Moutard-Martin.

Comme lui nous n'avons pu avoir entre les mains l'aiguille et la solution dont la malade se servait chez elle. Les injections qui lui ont été faites avec une seringue du service n'ont jamais déterminé la pigmentation bleue. Nous avons constaté, d'autre part, qu'à sa sortie de l'hôpital certaines taches, très marquées lors de son entrée, avaient perdu de leur teinte ardoisée.

Aussi, bien qu'elle n'ait pas été vérifiée par l'examen microscopique, l'hypothèse de M. Moutard-Martin nous paraît être la plus rationnelle : il se ferait à l'endroit piqué un dépôt de particules métalliques provenant de l'aiguille attaquée par un réactif inconnu.

Notre expérience clinique est trop restreinte pour nous permettre quelque autre hypothèse.

Nous nous bornons à relater l'observation que nous avons recueillie sur un cas encore peu connu, heureux d'apporter notre part de faits, si faible soit elle, aux recherches futures.

L'avenir du morphinomane.

Le plus souvent, au bout d'un nombre d'années subordonné à la dose de la substance toxique absorbée, à l'état social et à la force de résistance du malade, en l'espace de deux à trente ans, la mort survient.

Il y a des morphinomanes qui se suicident : « Une femme morphinomane, de 25 ans, prenait 1 gramme de morphine par jour. Pendant son séjour à l'hôpital où, bien entendu, on lui avait supprimé sa

« morphine, mais incomplètement, elle tenta à deux reprises différentes de se suicider : La première fois elle avait avalé le contenu d'une fiole de laudanum, mais une trop forte dose, qui par bonheur, provoqua un vomissement immédiat. Une seconde fois, elle absorba un verre d'une solution de sulfate de cuivre (1) ».

D'autres tombent dans la démence, le marasme, leur corps se couvre d'escharres et ils finissent dans la cachexie la plus profonde.

Il y en a quelques-uns qui meurent par syncope ; nous en avons cité un exemple dont nous avons été témoin.

Enfin, toute affection intercurrente frappe un individu affaibli, et la pneumonie, la grippe, sont toujours plus graves chez le morphinomane que chez tout autre sujet. A l'occasion de ces infections aiguës, on a vu se développer un délire intense, comparable au *delirium tremens* de l'alcoolique.

Mais, c'est la tuberculose qui emporte le plus souvent le morphinomane. Le bacille de Koch se greffe sur un terrain débilité. Les poumons se prennent, quelquefois aussi l'intestin et le péritoine. La tuberculose, toujours et partout, s'empare des organismes affaiblis, débilités, de l'alcoolique comme du morphinomane. Et nous remarquons encore ici une ressemblance entre ces deux intoxiqués, même dans leur façon de mourir.

(1) LECERF. — Thèse de Paris, 1895, p. 34.

CONCLUSIONS

La morphinomanie est fonction de civilisation avancée.

Les causes sont : les recherches du plaisir, la lâcheté devant la souffrance.

Elle s'empare surtout des héréditaires : hystériques, neurasthéniques, ceux qui forment la classe des neuro-arthritiques.

Les médecins ont contribué à le faire répandre ; et ce sont eux qui, en échange, en sont le plus souvent victimes.

L'intoxication par la morphine affaiblit les facultés intellectuelles, après une excitation passagère. Elle frappe l'estomac, l'intestin, le cœur, les fonctions génitales et conduit le malade à la déchéance intellectuelle et physique. Les enfants des morphinomanes sont généralement des athrepsiques.

Les troubles cutanés consistent en : indurations, abcès au niveau de la piqûre ou à des endroits différents (ganglions, etc.) ; pigmentation noire. En outre, nous avons relevé dans deux cas l'existence de taches bleues, qui paraissent relever d'un trouble trophique cutané.

Le morphinomane peut guérir ; mais, dans la grande majorité des cas, il est emporté par une infection intercurrente, par le délire morphinique, par une syncope. Dans quelques cas, il se suicide. Le plus souvent, il meurt tuberculeux,

Vu : le Doyen, Vu : Le Président de la Thèse,

BROUARDEL. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1^o OUVRAGES CONSULTÉS ;

- Ball.** — La Morphinomanie, 1888. Considérations sur le traitement de la morphinomanie, 1887.
- Baudelaire.** — Fleurs du mal, 1896.
- Chambard.** — Les Morphinomanes, 1892.
- Féré.** — De la morphinomanie au point de vue de la grossesse et de la vie du fœtus. (*Mémoire de la Société de biologie, Semaine médicale*, 1883.)
- Guimbail.** — Les Morphinomanes, 1892.
- Hodée.** — Contribution à l'étude des causes, de la prophylaxie et du traitement de la morphinomanie. (*Thèse de Paris*, juin 1895.)
- Lancereaux.** — L'intoxication par la morphine ou morphinisme. (*Clinique médicale*, 1879-1891.)
- Lecerf.** — Essai sur la symptomatologie de la morphinomanie. (*Thèse de Paris*, juillet 1895.)
- Levinstein.** — Uber morphiumsucht. (*In Berliner med. Gesellschaft*, 1885.)
Zur pathologie der acuten morphiium und acuten chloral vergiftung. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1876.)

Moutard-Martin. — Pigmentation bleue chez une morphinomane névropathe et syphilitique. (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3 juin 1897.)

Petit. — Des accidents qui peuvent survenir chez les morphinomanes ; morphinisme et traumatisme. (*Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1879.)

Pichon. — Le morphinisme, 1890.

2° OUVRAGES A CONSULTER :

Apolante. — Fait curieux d'éruption opiacée. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1887.)

Bentley. — Première observation de traitement de la morphine par la cocaïne (1878).

Bert. — Intoxication chronique par le chlorhydrate de morphine. (*Mémoires de la Société de biologie*, 1885.)

Bordier. — Article Opium. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*.)

Brochin. — Morphinisme (*Gazette des Hôpitaux*, 1877, n° 297.)

Bourneville. — Obs. psch. de morphinomanie. (*Arch. new.*, 1883.)

Calvet. — Essai sur le morphinisme aigu et chronique. (*Thèse*, 1876.) Etude expérimentale et clinique sur l'action psychologique de la morphine. (*Paris*, 1877).

Christian. — Morphino-cacaïnisme. (*Annales médico-psychologiques*, mars 1889). Guérison d'un cas de morphinomanie chez un jeune homme de 24 ans, par la suppression brusque. (*Soc. médico-psychologique*, séance du 26 novembre et *Annales médico-psychologiques*, janvier 1889.)

- Cripps-Lawrence.** — Le morphinisme chez les enfants, 1884.
- Dana.** — Délire morphinique. (*The medical record.*)
- Debove.** — Un médecin morphinomane. (*Médecine moderne*, n° 49, juin 1895.)
- Deering.** — Sur le traitement de la morphinomanie par suppression brusque. (*Th. de Paris*, 1891.)
- Delabanne.** — Essai sur quelques accidents produits par la morphine (*Th. de Paris*, 1877.)
- Dudgeon.** — Opium in relation of population. (*Edinburg medical journal*, 1876.)
- Fonssagrives.** — Articles Opium et Morphine. (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)
- Foville.** — La morphinomanie. (*Annales médico-psychologiques.*)
- Gaillard.** — Essai sur le traitement de la morphinomanie. (*Thèse de Paris*, 1894.)
- Güntz.** — Uber morphinismus. (*Meunorabilien*, XXIV, 1876.)
- Jacquet.** — *Thèse de Paris*, 1882.
- Jennings.** — Le pouls chez les morphinomanes. (J.-B. Bailière.)
- Joffroy.** — Alcool et alcoolisme. (*Gazette des Hôpitaux*, février, 1895, n° 25.)
- Jouet.** — Traitement par la cocaïne. (*Thèse de Paris*, 1883.)
- Leidesdorf.** — Die morphiumsucht. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1876, XXVI.)
- Landowski.** — Congrès de la Rochelle, 1882. (*Journal de thérapeutique*, 1882.) — La Morphinomanie et son traitement.
- Lewin.** — Morphinisme. (*Revue encyclopédique d'Eulenburg*, IX, 1881.)
- Luys.** — Impressions d'un buveur d'opium. (*Encéphale*, n° 3, 1887.)

- Marandon de Montyel.** — Contribution à l'étude de la morphinomanie. (*Annales médico-psychologiques*, 1885.)
- Rambaud.** — Morphine et morphinomanie. (*Journal de la Santé publique*, 1884.)
- Regnard.** — Deux poisons à la mode : la morphine et l'éther. (*Revue scientifique*, 1885.)
- Stammler.** — Die morphiumsucht ; der morphinismus (1885).
- Sollier.** — Traitement de la morphinomanie par suppression rapide. (*Semaine médicale*, 1894.)
- Talmeyr.** — Les possédés de la morphine (1892).
- Thomas de Quincey.** — Confessions of an english opiumeater. (*Traduction française*, 1890.)
- Tourdes.** — Responsabilité médicale. (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)
- Veisenburger.** — Considérations sur la morphinomanie. (*Th. de Paris*, 1894.)
- Wallé.** — La morphinomanie (1885).
- Wolters.** — Contribution à l'étude du morphinisme. (*Thèse de Montpellier*, 1883.)
- Zambacco.** — De la morphinomanie. (*Encéphale*, 1882, n° 3 et 4.) — Sur la morphinomanie. (*Gazette médicale d'Orient*, 1882.) — De la morphinomanie. (*Encéphale*, 1884, 658 à 683.)

